

riques qui, sous l'influence d'émotions morales, prenaient la forme convulsive. Elle a eu, il y a peu de semaines, une attaque de ce genre pendant laquelle elle ne perdait pas connaissance, mais elle ne pouvait commander à ses organes locomoteurs ni articuler une seule parole, bien qu'elle eût la perception distincte de ce qui se passait autour d'elle. Depuis plusieurs années, cette femme gagne sa vie en portant de lourds paniers remplis de fruits ou de légumes; depuis trois mois, elle commença à éprouver des douleurs dans l'hypochondre et le flanc droits. Il y a deux mois, à la suite d'une chute violente, les douleurs augmentèrent; elles persistent et augmentent quand elle soulève un fardeau. On constate dans le flanc droit une rénitence arrondie que la pression de bas en haut fait disparaître, et que l'on retrouve de nouveau après une grande inspiration. Cette tumeur, qui a la forme du rein, est très-sensible à la pression; la pression exercée sur la région du flanc en arrière est également douloureuse. La percussion de cette région en avant donne un son plus obscur que du côté gauche; et, par contre, quand la malade est assise, la partie supérieure de la région rénale droite donne, en arrière, un son plus clair que la partie supérieure de la région rénale opposée. Après un effort d'expiration, on peut saisir entre les deux mains la tumeur formée par le rein, et, en la comprimant, on la fait fuir dans l'hypochondre.

Obs. XIII. — Une dame, âgée de trente-six ans, fille d'un père goutteux, éprouvait des vertiges suivis de vomissements. Ces vomissements terminaient la crise qui durait d'une à cinq heures. Aussi, quand ils n'arrivaient pas, la malade les provoquait en avalant de l'eau tiède. Une fois ces vertiges furent assez forts pour la faire tomber. Elle ne perdit jamais connaissance pendant ces accidents, qui revinrent une fois sous le type tierce pendant huit ou dix jours, et cédèrent au sulfate de quinine.

Le rein droit était volumineux, mobile, sensible à la pression.

Ces crises de vertige n'avaient aucun rapport appréciable ni avec les périodes menstruelles, ni avec le travail de la digestion. En les mentionnant ici, je ne prétends pas qu'ils en aient aucun avec l'ectopie rénale. J'ai revu depuis cette dame, et depuis plusieurs années ces accidents ne s'étaient pas reproduits.

DU PHLEGMON PÉRINÉPHRÉTIQUE (1)

Sommaire. — Observations.

Causes de la maladie : néphrite calculeuse, traumatismes, action du froid, puerpéralité, affections diathésiques.

Symptômes.

Traitement. — Valeur relative de l'incision et de la ponction.

MESSIEURS,

Le tissu conjonctif qui enveloppe le rein et lui forme une enveloppe protectrice en même temps qu'un lien avec les parties voisines, peut s'enflammer et suppurer sous l'influence de causes multiples. Les phlegmons périnéphrétiques ne constituent pas une maladie très-rare. Dans ma pratique personnelle, j'en ai pu recueillir cinq observations; nous en avons un cas en ce moment sous les yeux. Après vous en avoir tracé l'histoire, je le rapprocherai des autres faits analogues qu'il m'a été donné d'étudier, et nous en tirerons quelques conclusions pratiques sur le traitement qu'il convient d'opposer à cette affection.

Obs. I. — La nommée G..., âgée de trente-cinq ans, domestique, entre le 8 octobre 1863 à l'Hôtel-Dieu; elle est couchée au n° 14 de la salle Sainte-Monique. Cette femme nous donne sur ses antécédents les renseignements suivants :

Réglée à quinze ans, elle a vu ses règles tous les mois jusqu'à l'âge de vingt-huit ans; à partir de cette époque, elle fut atteinte d'une maladie qu'elle qualifie de gastrite, pour laquelle elle garda le lit pendant quinze jours; pendant ce temps on lui appliqua des sangsues sur le creux de l'estomac. Depuis cette époque les règles sont devenues moins abondantes; elles ont été suivies de fleurs blanches. La malade ne se rappelle pas avoir eu d'autres affections sérieuses; elle s'enrhume facilement, elle est sujette aux palpitations, à des céphalalgies passagères; elle a beaucoup souffert de misère et de fatigues de toute sorte.

(1) Leçon inédite faite à l'Hôtel-Dieu en 1863.

Elle est accouchée à terme le 21 novembre 1862, son accouchement se fit naturellement, et ses suites de couches furent heureuses; la malade put même quitter l'hôpital le huitième jour après l'accouchement. Cependant elle se sentait très-faible, souffrait des jambes et des reins sans éprouver de douleur dans le bas-ventre ni dans les cuisses. Il n'y avait à ce moment ni frisson, ni vomissement, ni nausée, mais de l'inappétence. Elle fut obligée de garder le lit en arrivant chez elle.

Dès lors, c'est-à-dire depuis cinq mois, sa santé a été s'altérant de plus en plus; le travail forcé, la misère, l'allaitement, contribuèrent à l'affaiblir considérablement. Au bout de six semaines, la malade ne put continuer à nourrir son enfant faute de lait.

Bientôt s'alluma une fièvre lente, continue, avec soif vive, frissons irréguliers qui n'apparurent d'abord que tous les quinze jours, puis se rapprochant de plus en plus, revinrent tous les six à huit jours, et enfin finirent par se répéter quotidiennement pendant les quinze jours qui précédèrent son entrée à l'hôpital. En même temps, alternatives de diarrhée et de constipation, irrégularité de l'appétit, toux sèche assez fréquente, insomnie; les règles n'avaient pas reparu depuis l'accouchement. La malade, réduite au dénuement le plus complet, ne put s'aliter que quatre jours avant d'entrer à l'Hôtel-Dieu. Elle ne put nous donner aucun renseignement utile sur les antécédents de sa famille.

Au moment de l'entrée de cette malade dans le service, on est frappé de son aspect cachectique et de sa maigreur. Elle a la peau flasque, sèche et chaude, le pouls est fréquent; elle tousse un peu. L'attention fut tout d'abord appelée vers l'examen de la poitrine; mais cet examen ne donna que des résultats négatifs ou du moins insuffisants pour expliquer l'état général; on trouva une respiration un peu rude aux sommets, quelques râles sibilants à gauche, un peu moins de sonorité à la percussion du côté droit, mais tous ces signes étaient peu accentués. En examinant l'appareil circulatoire, on ne trouva qu'un bruit de souffle vasculaire très-fort, lié à l'état anémique, et un certain degré d'induration des artères qui étaient en même temps flexueuses. Pas d'habitudes alcooliques, pas d'antécédents arthritiques ni syphilitiques.

Depuis cinq mois elle éprouvait des douleurs lombaires; ces douleurs, d'abord à siège mal déterminé, plus prononcées à droite qu'à gauche, s'étaient définitivement fixées dans le flanc gauche depuis deux mois environ. D'abord sourdes, gravatives, elles étaient devenues plus vives, lancinantes; en même temps étaient survenus des frissons périodiques. A diverses reprises, ces douleurs avaient été assez fortes pour causer à la malade une certaine agitation et pour lui faire pousser des cris, sans toutefois être jamais accompagnées de cette anxiété extrême et de cette jactitation qui caractérisent ordinairement la colique néphrétique, sans non plus avoir été sui-

vies de vomissements. Elle nous dit bien avoir vomi deux ou trois fois (depuis son entrée elle a vomi une fois), mais ces vomissements n'avaient jamais coïncidé avec les crises de douleurs.

Dans la région lombaire gauche, nous constatâmes une voussure qui depuis est devenue de plus en plus considérable, embrassant tout l'espace compris entre les dernières côtes et la crête iliaque, s'avancant en avant jusqu'à trois ou quatre travers de doigt de la ligne blanche. Au niveau de cette voussure, on observait une légère teinte rosée; cette région était sensible à la pression, conservait l'empreinte des draps et du doigt qui l'avaient comprimée; on pouvait y percevoir une sensation de mollesse élastique plutôt qu'une véritable fluctuation.

L'ensemble de ces symptômes: coloration rosée, sensibilité à la pression, œdème, fluctuation douteuse, douleurs fixes datant de deux mois environ dans cette région, fièvre rémittente, à frissons irréguliers, ne permirent pas de douter qu'il n'y eût dans le flanc gauche un abcès profond; en l'absence de signes fournis par les urines et par l'ensemble des fonctions urinaires, je pensai à un abcès périnéphrétique primitif, de cause non déterminée.

Le 21, je fis appliquer à la partie postérieure du flanc gauche, dans l'étendue de 8 centimètres, une trainée de pâte de Vienne, maintenue pendant vingt minutes, et assez épaisse pour comprendre dans l'eschare la peau et une partie du tissu cellulaire. Trois jours après, on fit l'incision de l'eschare dans toute son épaisseur; puis les fibres musculaires furent écartées à l'aide de la sonde cannelée pour éviter de blesser les artères lombaires. Il s'écoula pendant cette opération une très-grande quantité de liquide séreux, mêlé de pus et d'un peu de sang, sans odeur urineuse; l'analyse chimique fit admettre que ce liquide n'était pas de l'urine, puisqu'il ne renfermait pas d'urée.

Pour empêcher la plaie de se fermer, on introduisit une mèche jusque dans le fond du foyer et l'on appliqua des cataplasmes.

Cette incision amena un grand soulagement; les frissons ne reparurent plus; les douleurs cessèrent, la fièvre diminua. Pendant les quinze jours suivants, il s'écoula par la plaie ce même liquide séreux en assez grande abondance.

En présence de ces phénomènes, je me demandai s'il n'y avait pas là un kyste séreux du rein, et cette hypothèse sembla plus vraisemblable encore les jours suivants. En effet, lorsque la plaie ne donnait plus issue qu'à très-peu de liquide séro-purulent, on remarqua qu'en palpant le flanc par sa partie antérieure, on percevait une fluctuation assez superficielle, limitée en apparence dans une poche qui avait le volume du poing, comme si le rein gauche eût été le siège de kystes multiples, et que l'un d'eux eût provoqué un abcès périnéphrétique.

M. le professeur Laugier, appelé en consultation près de cette malade, partagea cette opinion.

Cette tumeur n'était pas douloureuse à la pression, et remontait presque jusque sous les fausses côtes. La malade était tombée dans un état de marasme inquiétant; elle ne souffrait pas davantage, mais elle était très-faible. — (Bouillons, potages, potion avec extrait de quinquina.)

L'écoulement du liquide n'avait été très-abondant que pendant quatre ou cinq jours, puis il s'était transformé en un suintement séro-purulent non fétide, ne présentant pas d'odeur urineuse. La plaie était belle, rosée, elle commençait même à se rétrécir; on continua à introduire des mèches. A aucune époque la malade n'avait rendu de pus avec l'urine; celle-ci semblait avoir conservé ses qualités normales, et la malade nous dit qu'elle ne s'est jamais aperçue qu'elle urinât moins abondamment.

Quinze jours après l'opération, la fièvre qui était tombée reparut; la peau était chaude et sèche; la langue se couvrit de fuliginosités; le pouls battait cent huit pulsations par minute, les frissons n'avaient pas reparu.

L'examen de la poitrine ne fit rien découvrir qui pût expliquer cet état alarmant; la plaie avait très-bon aspect, la sérosité qui s'en écoulait était plus louche que les jours précédents, et contenait du pus; la respiration était accélérée. Alors survinrent de l'insomnie, de la diarrhée que l'on chercha à combattre par l'usage du diascordium; la tumeur que l'on sentait dans le flanc augmentait de volume et devenait plus superficielle.

Le lendemain, le facies était très-altéré, la langue était très-sèche, l'inappétence absolue; il n'y avait ni délire ni vomissements, la peau était aride, l'amaigrissement de plus en plus considérable; la malade était abattue pendant le jour; elle avait des rêvasseries durant la nuit.

Elle meurt le 6 mai, à six heures du soir, seize jours après l'opération.

Autopsie. — Le 8 mai, trente-sept heures après la mort.

Le grand épiploon recouvre les intestins et adhère à la partie gauche de la paroi abdominale; l'extrémité gauche du côlon transverse et le côlon descendant y adhèrent également, ainsi que le grand cul-de-sac de l'estomac. La rate et le pancréas sont unis entre eux par des tractus cellulux lâches; en ouvrant la cavité du grand épiploon, après avoir écarté ou enlevé les viscères situés dans le premier plan, on aperçoit une masse oblongue, volumineuse, remplissant le flanc et l'hypochondre gauche, et s'étendant depuis la crête iliaque jusqu'à la face inférieure du diaphragme. Limitée en dedans par la colonne vertébrale et par l'aorte à laquelle elle adhère, en dehors attachée à la paroi latérale de l'abdomen, cette masse est molle et fluctuante, et sa paroi antérieure est épaisse. Dans sa moitié supérieure, on reconnaît une dépression sur laquelle reposait la rate. Cette tumeur est placée en dehors du péritoine qui passe sur sa paroi antérieure, constituée par une couche épaisse, dense, de tissu cellulaire.

En déchirant les adhérences que les anses intestinales avaient contractées avec la tumeur, on avait ouvert une poche, de laquelle s'était écoulé du pus en assez grande quantité; cette poche était située au niveau de l'extrémité inférieure du rein; elle ne communiquait pas avec l'ouverture extérieure, et formait une vaste cavité remontant dans l'hypochondre et descendant jusque dans la fosse iliaque.

Par une dissection laborieuse, on put isoler la tumeur et la circonscrire dans toute son étendue. En détachant les adhérences qui la reliaient, en bas, à la partie supérieure de la fosse iliaque, on tomba dans une autre poche: celle dont l'ouverture était à la région lombaire. Cette poche était grande et avait les limites indiquées plus haut; sa face postérieure était formée par les muscles de la paroi abdominale, par le psoas-iliaque, par le carré lombaire, et par le transverse de l'abdomen, dont les fibres étaient à nu et macérées; elles avaient une couleur verdâtre et étaient comme disséquées, ainsi que les branches du plexus lombaire qui se rendent dans l'épaisseur de ces muscles.

La tumeur principale était circonscrite en avant par une enveloppe dure, dense, épaisse, constituée par la membrane fibreuse du rein; elle était revêtue par le péritoine, considérablement épaissi par des dépôts fibreux. Cette enveloppe était décollée dans sa plus grande étendue, et formait à l'extrémité du rein une poche pleine de pus; c'est celle qui fut ouverte pendant l'autopsie; elle a environ le volume d'un œuf de poule. Dans les parties où cette enveloppe n'adhère pas à la substance corticale du rein, on constate la présence de dépôts purulents qui entourent l'organe; le parenchyme du glandulaire très-ramolli; il a une consistance spongieuse; pour peu qu'on le presse, on voit sortir du pus par une foule de points de la substance corticale; les calices et le bassinnet sont remplis de pus. La substance tubuleuse qu'on reconnaît encore à la forme des pyramides de Malpighi et la substance corticale sont criblées de petits foyers purulents: les uns, de la grosseur d'un grain de millet, sont entourés d'un cercle rouge dû à la congestion du tissu rénal; les autres, plus volumineux, donnent lieu à un écoulement de pus assez abondant sous la moindre pression; ces abcès, éparpillés dans tout le parenchyme rénal, contiennent un pus blanchâtre, peu odorant, en partie ramassé en foyer, en partie infiltré dans le tissu. On peut par une légère pression faire suinter une gouttelette de pus du sommet des pyramides; il y a à leur sommet une injection vive.

En introduisant un stilet dans l'uretère par le bassinnet, on est arrêté à 3 ou 4 centimètres de son origine par la présence d'un calcul assez gros, qui a obstrué complètement le canal. Ce calcul, triangulaire et irrégulier, a amené une ulcération et une perforation de l'uretère par laquelle l'urine et le pus, contenus dans le rein, ont pu s'écouler dans le tissu cellulaire périnéphrétique.